心理科学进展 2019, Vol. 27, No. 6, 951–964
Advances in Psychological Science DOI: 10.3724/SP.J.1042.2019.00951

· 研究构想(Conceptual Framework) ·

和谐医患关系的心理机制及其促进技术*

孙连荣[1] 王 沛[2]

([1]上海师范大学天华学院，上海 201815) ([2]华东师范大学教育学部特殊教育系，上海 200062)

摘 要 基于群体心理研究的相关理论和方法，通过整合医患关系的结构表征与动态建构过程，提出和谐医患关系的心理机制综合模型，主张和谐医患关系的结构可以医疗满意度、医患信任以及医疗方案服从性作为基本的观测指标；和谐医患关系的动态建构过程经由就医前零接触的群际医患关系和医患互动过程中即时性的人际医患关系两大递进性成分相互作用后逐步形成。其中，群际层面和谐医患关系的建构主要受到医患舆情传播、医疗制度信任以及医患群际关系因素(如群际认知偏差、群体认同等)的影响，人际层面和谐医患关系的建构主要受到医患人际信任水平和医患沟通模式(包括信息互动模式与沟通交往模式)的影响。在此基础上，验证并提出和谐医患关系的促进策略。

关键词 和谐医患关系；群际医患关系；人际医患关系；医患信任；医患沟通
分类号 R395

1 问题提出

近 10 多年来，医患关系成为国内社会的一个敏感话题。从 2007 年北京李丽云孕妇死亡案、到 2011 年 9 月北京同仁医院医生被砍血案、深圳医务人员头戴钢盔上班事件，再到 2012 年 3 月哈尔滨某医院实习医生被杀案，一系列由医患关系紧张引发的医疗纠纷甚至是暴力事件频见报端。据官方统计，2009 至 2015 年，国内的伤医事件累计达到 580 余起，其中在 2013、2014 年出现了井喷，每年的暴力医患冲突事件高达 150 余起[1]，暴力所致医务人员受伤的次数逐年增加，暴力事件波及医院的比例从 2008 年的 47.7%升至 2012 年的 63.7% (贾晓莉 等，2014)。2016 年 4 月 8 日刊发的《人民日报》评论指出：仅在 4 月当月，公开报道的医疗暴力事件就多达 13 起。同时，近两年的相关报道还显示，暴力伤医事件在形式上出现了大规模群体性的“医闹”，对于医生群体失信的社会心态普遍蔓延[2]。

医患关系失谐危机已然成为我国当前医疗领域乃至整个社会层面都亟需解决的顽疾。那么，引发医患关系紧张甚至恶化的核心根源是什么？针对这一问题，近年来政府、医院等各方已做出了诸多努力，制定相关法律、法规并出台相应政策以保障医生与患者双方的权利；学术界也从当前医疗体制的弊端、医患之间的信任缺失以及医患之间的沟通受阻等角度切入进行了现象及应对措施的探讨。我们认为，作为社会互动层面群际冲突的表现形式之一，医生和患者之间的冲突必有其特有的社会心理发生机制；基于社会心理机制探究医患之间动态互动的过程及特点是遏制医患冲突、构建和谐医患关系的根本。

对“医患关系”的界定，有狭义和广义两类。在狭义层面，医患关系特指参与医护治疗活动中的特定医生和病人之间的人际互动过程及结果。基于此类界定，医患互动过程中人际信任的建立和变化、双方的沟通能力及沟通策略、共情能力等影响人际互动质量的因素，都是决定医患关系动

收稿日期：2018-03-07
* 国家社会科学重大招标项目(17ZDA327)资助。
王沛与孙连荣同为第一作者。
通信作者：王沛, E-mail: wangpei1970@163.com。
[1] 参见 http://www.360doc.com/content/16/0508/16/324027_557306180.shtml.
[2] 参见 http://news.medlive.cn/all/info-news/show-144569_97.html;

态变化趋势的核心要素(李德玲, 吴燕琳, 2012)。随着人类文明和医疗技术的发展, 传统意义上的医患关系被赋予了新的诠释, 出现了广义层面的界定:“医”已由“医生”扩充为“医方”——即由单纯的医学团体扩展为参与医疗活动所有过程的各类医护人员;“患”也由“患者”扩充为“患方”——即由单纯求医的病人扩展为与其有着直接或间接关系的患方群体。基于这类界定, 医患关系的实质及根源则涉及的是群体心理的动态发酵机制, 医患关系质量及发展变化的决定因素也更为宏观, 包括群体认同及群际认知偏差、制度信任、社会心态衍变及舆情传播等(吕小康, 朱振达, 2016; 汪新建, 王丛, 2016; 瞿晓萍, 叶旭春, 2014)。

基于以上界定, 医患关系包括医患群际关系和医患人际关系两个成分, 二者相互作用, 共同促成医患和谐关系的发展。据此, 本研究拟运用当代社会心理学的相关理论与研究方法, 结合群际心理和人际心理两个层面, 探究并建构促进和谐医患关系形成的社会心理机制理论模型, 进而提出维护与促进医患和谐关系的实践对策, 以期从根本上推进和谐医患关系建设的医疗实践, 优化医疗社会服务效果。

2 国内外研究现状及发展态势分析

为了充分揭示人际和群际两个层面的社会心理机制、并在此基础上开展和谐医患关系构建及促进技术研究, 本项目主要从以下几个方面解析国内外相关研究现状及其发展动态。

2.1 医患关系的内涵及研究缘起

我们认为, 医患关系泛指医方与患方之间的关系, 常常通过医疗满意度、医患双方之间的信任以及医疗方案服从性等在医疗过程中予以表现。在当代社会,“医患关系”概念中的主体呈现多元化:“医”已由单纯的主治医生扩展为参与整体医疗活动及过程的医院全体人员, 包括护士、医技人员、医务行政管理人员等;“患”也由单纯求医者扩展为与患者有直接或间接关系的患者家属、监护人及其所在单位等。医患关系逐渐成为医方与患方各自所拥有的社会关系相互结合、相互渗透并影响整个社会网络的缩影。

就医患关系的研究缘起来看, 西方学界的研究大致分为两个阶段:在 20 世纪 60 年代以前, 学者对医患关系的认知停留在完美状态(Parsons, 1951); 20 世纪 60 年代之后, 医患关系紧张甚至医患冲突事件逐渐增多, 颇有影响的“医患沟通理论” (Levy, 1984)及“以患者为中心的医疗模式” (Moja & Vegni, 1998)应运而生, 对医患关系的影响因素以及医患互动中医生和患者的权利分配等问题给予了集中关注。在我国古代, 医患互动的过程基于经验医学的望、闻、问、切形式, 没有任何第三者中介, 因此, 医患之间的关系相对单纯、和谐。直至 20 世纪 90 年代后期, 随着社会经济发展与文化的快速转型, 原有“医生主动、患者被动”的医患关系模式失去效力, 进入了从“以疾病为中心”的生物医学模式向“以患者为中心”的生物−心理−社会医学模式的转变阶段, 医患关系的和谐程度每况愈下, 医患冲突呈井喷式爆发(贾晓莉 等, 2014), 引发了社会各界的关注。

2.2 医患关系心理机制的研究现状

作为社会关系的形式之一, 医患关系包含医患群际关系和医患人际关系两个层面, 医患双方在群际及人际互动过程中的心理因素对医患关系的形成和发展具有关键性影响。近年来, 国内外研究者已就医患关系的社会心态、医患信任机制、医患互动的情境机制以及和谐医患关系的促进策略等方面进行了深入的探讨。

2.2.1 医患关系社会心态研究

医患社会心态是指一定时期内社会中多数成员所普遍共享的, 关于医患关系的基本认知、情绪情感、态度立场和价值观念, 它是医方或患方做出归因、判断和行为决策的重要影响变量(柴民权, 王骥, 2016)。

医患群际认知偏差理论(Rubini & Palmonari, 2012)和舆情传播理论(Bandini, Manzoni, & Vizzari, 2009)是医患关系社会心态研究中极具解释力的理论模型。前者认为, 消极的医患社会心态是受由消极的人际及群际刻板印象为核心内容的群际认知偏差所影响(叶弘, 尹红, 蔡博婧, 2009; Shaha & Ogden, 2006), 后者则认为医讯的舆情传播方式对医患关系具有关键影响。国外相关研究普遍认为,“医疗纠纷”题材的报道不仅涉及医患关系的社会认知, 也是社会情绪的重要反映(Nekovee, Moreno, Bianconi, & Marsili, 2007)。国内研究也充分表明, 媒体“亲弱势群体”的道德价值导向对医患群际信任的建立产生了消极的影响(王国华, 方付建, 2010)。

在我国，医患关系实际上涵盖了包含医生群体与作为潜在患者的社会大众之间的关系：医患冲突一旦发生，社会大众成员很容易自动化启动对“患方”的内群体认同，出现隐含的医患对抗情绪，并酝酿发酵成为弥散性的医患关系失谐社会心态(吕小康，朱振达，2016；汪新建，王丛，2016)。因此，医患关系的和谐与稳定首先需要解决和谐医患社会心态建设问题(李伟民, 2005)。整理已有相关文献发现，国外相关研究主要集中于分析医患群际认知偏差和舆情传播的负面效应，对医患社会心态的形成及影响机制尚未深入探讨(White, et al., 2012)；国内则仅限于对民众社会心态影响医患关系的个别论述(王俊秀，杨宜音，2013；黄荣贵，桂勇，冯博雅，2014)。可见，运用群际心理的相关理论，以医患双方的认知偏差和医讯传播方式作为切入点，开展修复和增进医患群际信任的实证研究实为必要。

2.2.2　医患信任机制研究

医患信任是医患关系和谐的基础和核心(Cho, Swami, & Chen, 2010; Earle, 2010)。上世纪 80 年代以来，关于信任的基础研究成果逐渐被引入医疗领域，出现了对“医患信任”的专门界定(刘威，郭永瑾，鲍勇，2010; Pearson & Raeke, 2000)，以及对医患信任关系建立和发展机制的阐述。这些阐述包括：(1)信任源理论(Zucker, 1986)，认为信任源是信任关系产生的决定因素——医患双方作为信任主体，与身处其中的制度系统和文化环境相互制约，构成了信任机制的基本来源和内在要素；(2)信任修复的归因机制(Tomlinson & Mayer, 2009)，提出信任者感知到被信任者的能力、善心和正直是信任关系修复的关键；(3)信任的代价理论，主张在健全的法制体系下，失信的代价是激发社会信任的前提(王绍光，刘欣，2002)；(4)信息不对称理论，主张医患之间基于信息偏差产生的各类不对称互动是影响医患信任的直接因素(郑大喜, 2005)。

从国内医患信任的研究现状来看，多为散点式的关注。由于缺乏理论上的支撑，尚未解决医患信任的产生机制及影响因素、医患信任评价与预警体系的设置等一系列核心问题。针对于此，极有必要借以整合宏观与微观层面影响医患信任的各种因素，构建系统的医患信任关系理论，并以此作为支撑为促进和谐医患关系的实践奠定基础。

2.2.3　医患互动机制研究

对于医患之间人际互动的心理过程，研究者的关注主要聚焦于医患互动情境和医患沟通模式这两个主题。

情境性互动机制研究。医患互动的情境因素是医患关系的显著特征之一(李德玲，卢景国，2012)，主要包括医患互动开始前的稳定性情境因素与互动开始后的即时性情境因素两个部分，二者经由个体的认知过程对医患信任关系发挥影响。具体地，稳定性情境因素是指患者在就医开始前已经存在的症状、就医环境等因素，表现为患者的症状体验与就医环境体验。即时性医患情境是指医患互动发生时的具体情境设定，包括与医疗直接相关的情境因素和与互动过程相关的情境因素两部分(杨连忠，王晓敏，张蔚星，2011)。就医患互动开始前的稳定性情境因素而言，已有众多研究发现疾病的症状体验对于患者的应对方式、自我管理效能感、期望水平以及生活质量具有明显的影响(Tyler & Pugh, 2009)。而就医患互动开始后的即时性情境因素，已有研究发现疾病类型及其严重程度对医患信任的建立有着直接的影响(郝文君, 2013; Summers & Winberg, 2006)。

他人印象形成和沟通模式研究。社会认知涉及人对社会性客体之间关系的认知，以及对此类认知与人的社会行为之间关系的理解和推断(王沛，林崇德，2005)，是个人对他人或自己心理与行为的感知与判断过程(王沛，贺雯，2015)。在此框架下，医患互动的心理机制被分为他人印象形成和沟通模式两大部分：前者关注医患双方关系形成初期的医患信任状态，后者则关注医患实际互动过程中医患信任的动态变化。

大量研究表明，医患双方的第一印象形成可对医患信任产生影响(Spruill, et al., 2007)，众多研究者都认为主张将他人印象形成机制引入和谐医患关系的建设具有非常重要的学术价值(Éthier-Majcher, Joubert, & Gosselin, 2013; Kinzler, Corriveau, & Harris, 2011; Todorov & Duchaine, 2008)。此外，研究还发现，医患之间的信息互动与沟通模式是影响医患信任的两大来源：前者着重于沟通中的信息特征，后者着重于沟通本身的方法(吴修玲，刘宁生，2013)。尽管如此，当前国内的研究在研究思路上大多以理论探讨或小规模

调查为主(王献蜜，薛蒙，邱霏，杨璐，2014)，缺乏实证研究的检验，更缺乏沟通模式各部分的细化与整合。此外，对于归因在医患关系中的作用也缺乏关注。

伴随探究医患关系心理机制的同时，有效促进和谐医患关系建立的实践策略和技术也是近年来医患关系研究的重要内容之一。目前，主流的促进技术有医患沟通技术(Claramita, Nugraheni, van Dalen, & van der Vleuten, 2013)、巴特林小组讨论(杭荣华 等, 2017; Bar-Sela, Lulav-Grinwald, & Mitnik, 2012; Gibbons & Plath, 2009)、正念训练(刘斯漫，卢佳琪，卢莉，2015; Kabat-Zinn, 2003; Raingruber & Robinson, 2007)、循证医学方法(韩立坤，张天资，2014)和目的性健康教育技术(王富珍, 2009)，等等。结合国内研究现状来看，心理促进技术对和谐医患关系的影响还缺乏实证研究与实践检验，特别是从医患双方同时切入开展的研究实践几乎处于空白状态。因此，后续确有必要开展同时以医、患双方群体为研究对象，动态监测医患关系形成过程、并综合多种心理促进策略预防医患冲突发生的实证研究。

2.3 研究述评及发展趋势展望

如上所述，相关研究已形成了具有一定代表性的理论观点和可借鉴的研究范式。然而，这些研究成果仍有进一步探讨和突破的空间。

2.3.1 医患关系的社会心态研究

目前，直接涉及医患关系的社会心态研究仅限于理论化分析。研究者们普遍主张，医患信任危机是导致医患关系失谐的社会心态根源；以此为基础，医患双方易形成有关对方群体的消极刻板印象；同时，医患群体双方所形成的群体认同也可能存在错位，因而对对方群体产生了错误的角色行为期望。在消极刻板印象和群体认同错位等群际互动过程机制的影响下，医患群体双方在认知、态度和行为方面产生了多重性矛盾，为医患信任危机的产生提供了社会心理基础。因此，不论是人际层面还是群际层面的医患关系，都处在社会心态的影响和主导之下。社会心态对医患群体层面的认知、情绪和行为提供了一种社会基调，是整个社会关于医患关系状态的主导性理解和判断，是社会中关于医患关系的情绪、认知和价值观的集体表征。

为此，后续的研究工作需要围绕医患社会心态的内容维度和形成机制而展开，以厘清医讯舆情传播方式与医疗制度信任的影响因素(如医患群际认知偏差、医患群体认同等)是如何逐步塑造普遍性的医患社会心态。具体地，和谐医患关系的社会心态建设路径可考虑从三个层次切入：一是个体价值观层次，主要涉及医患双方对自己所属群体成员身份的认知是如何影响他的社会态度和行为；二是社会类化层次，主要涉及如何基于社会舆论导向，对医患两个群体进行重新分类，使日趋分裂的医患双方能够认同并增强“共同体”信念；三是文化心态层次，主要涉及医学理念的培育、医学话语的重建、媒介形象的重塑和医学教育的改进等。

2.3.2 医患关系的微观心理机制研究

就整体而言，国内外学界对医患关系的微观心理机制研究取得了较多的成果，但是理论成果较分散，有待加强理论体系的系统化建构。为此，需要沿着“和谐医患关系建设”心理机制这一主线出发，重点开展以下三个层面的探索：

第一，进行医患关系的社会心理动力源分析，着力加强医患信任研究的理论建构与整合。

医患信任形成机制是医患信任关系理论体系的基础与核心，能够揭示医患信任关系的产生、发展、变化的规律，是构建医患信任关系理论框架不可或缺的环节。虽然医患信任问题已引起国内外学者的高度关注，但并没有清晰地阐述与证明各类医患信任之间的层次及相互关系，缺乏系统的理论架构。而就已有的信任理论而言，帕森斯的“病人角色”理论、制度理论、信任修复归因模型、信任源理论以及群际信任认知偏差理论等相互之间并不完全冲突，对解释医患信任形成机制的某个环节来说都具有其各自的价值。然而，很难从整体上解构医患信任关系的因果链接与动态发生发展机制。因此，有必要构建宏观与微观相结合、全纳性的医患信任理论体系。

第二，进行医患互动心理机制探微，着力探讨患者就诊的情境要素如何通过医患之间的接触，经由相关的社会认知因素(如个体印象形成、情绪、归因等)，最终形成稳定的医患关系。

在前述理论分析的基础上，后续研究可从影响医患关系的社会传播源出发，阐明医患认知偏差和社会距离的形成机制及其对医患关系的作用机制。根据实验和测量数据，围绕案例分析、行

为促进和临床促进三条路径开展医患信任关系重构与维护的对策研究，最终促成医患之间的普遍信任感。与此同时，医患信任研究亟待应用化。国内以往的研究尽管从社会学的角度探讨了医患信任危机的原因与出路，展开了一些尝试性的现状调查，并且从研究结果出发经验性地提出了一些信任修复措施，但是这些促进措施并没有使用实证研究作为支持。面对目前国内严峻的医患信任危机状况，亟须在理论与实证研究的基础上展开一系列促进性的研究，一方面验证医患信任架构的合理性，另一方面切实有效地将科研成果运用到实践中，为有效提升医患信任、促进社会和谐稳定提供科学的研究佐证与实践指导。另外，医患双方互动发生的机构(如公立医疗机构、私立医疗机构与整形医院等)之间各自独立划界的分割性研究亟待予以整合。目前，国内关于医患关系的研究往往从患者角度出发，大多数研究忽略了医方作为研究对象的数据。未来国内医患研究中的研究主体需要呈现多元化趋势，要整合各个不同样本单元的数据来说明问题。

第三，进行和谐医患沟通模式的建构，开展有针对性的和谐医患关系促进技术的应用研究。

对于互动性医患关系的形成来说，沟通模式具有重要的作用。后续的实证研究可从医患双方初次见面时基于物理信息互相形成的印象出发，重点探究医患双方进入具体的医疗环节时如何进行有效的言语与行为沟通。在此基础上通过引入归因变量进一步探索医患人际信任的影响因素与加工机制，同时为促进方案的制定提供依据。此外，后续的研究方法与技术亟需由单一向多元化转变。国内的研究多数运用的是理论推演的方法，研究者多从宏观的角度加以分析，缺乏实证研究，特别是缺乏旨在揭示稳定因果关系的实验与促进研究。缺乏具有良好统计学标准的研究工具往往会降低研究结果的说服力。因此，和谐医患关系构建的研究有必要在开发与使用新的、科学的测量工具与测评手段的基础上进行拓展和推进。

3　研究构想

本研究计划拟基于群际医患关系的心理机制和人际医患关系的心理机制两大模块共 4 个研究开展理论和实证研究。同时，在每个模块内基于实证研究结果提出并检验具体的和谐医患关系促进技术。研究的设计如下：

3.1　研究 1：和谐医患关系的社会心态建设及促进技术研究

和谐医患关系是随着社会心态的变化不断调整的一种社会关系。医患社会心态是医方或患方做出归因、判断和行为决策的重要影响变量。医患关系的和谐与稳定首先需要解决和谐社会心态建设问题。我们认为，和谐医患关系的社会心态建设需要通过积极的医疗舆情传播和医疗制度信任的建立共同塑造。一方面，在医疗舆情传播的引导作用下，医患之间各自的利益诉求相互感染，媒体“亲弱势群体”的道德价值取向在一定程度上也在影响着和谐医患关系的形成；另一方面，医疗制度信任是和谐医患关系的基本保障。通过对符合制度规定的行为的认可与鼓励，以及对违反制度规定行为的惩戒，可以将人们的行为控制在一定范围内，从而大大减少社会的不确定性和风险，促使人们形成稳定和谐的人际关系。

尽管舆情传播和医疗制度信任的重要性已在医患关系研究中得到了一定的关注，但迄今为止，采取一定的技术手段系统挖掘舆情传播信息中的积极要素和消极要素，并在此基础上规范和引导舆论的有效传播以促进和谐医患关系的研究还比较缺乏，更缺乏具有实效性的实证研究来检测医疗情境中制度信任的具体作用。为此，研究 1 首先从医疗舆情传播和医疗制度信任两个方面切入，就如下三个方面进行探索性研究：(1)医患群际信任的医患舆情传播模式及其效应的发展状况；(2)影响医患信任的医疗制度要素及测量工具编制；(3)医疗制度信任的预测效应及其促进策略。具体的研究方案如下：

舆情传播效应研究。通过 3 个子研究作为支撑，进行医患舆情传播语料库构建及分析、医患关系的医讯传播模式及效应研究和医患舆情传播输出策略的优化机制研究。其中，子研究 1 的实施计划为：建立医患舆情传播语料库，并采用语料库分析技术析出舆情传播各类要素，同时采用实验研究考察医讯传播信息对医患关系形成的影响。在此基础上，子研究 2 中结合语料库分析结果进一步析出医患舆情传播信息的构建元素与认知元素，并对各类舆情传播信息进行优势及劣势分类，同时评价各种输出路径的传播效果。子研究 3 中选取医护人员和患者为被试，采用实验方

法，考察不同舆情传播内容–策略–产品路径下的医患关系，并以此对各种输出路径进行再次评价。

医疗制度信任研究。以 4 个子研究作为支撑，进行医疗制度信任要素分析、医疗制度信任测量工具编制、医疗制度信任对医患关系的预测机制以及基于医疗制度信任的医患关系促进技术等方面的研究。实施思路为：首先，收集素材形成医疗制度库，并通过问卷调查与扎根理论技术构建影响医患信任关系的医疗制度要素模型；其次，从医、患双方的视角，编制医疗制度信任量表；再次，运用结构方程模型考察医护人员的制度信任经由归因对医患关系的预测效应；最后，基于医患制度信任影响医疗满意度、医患双方间的普遍信任以及医疗方案服从性的实验验证结果，提出通过医患制度信任的优化来促进和谐医患关系构建的实践策略。

3.2 研究 2：群际关系因素对和谐医患关系建立的影响及促进技术研究

医患关系是医患双方在医疗活动中最为基本而特殊的群际关系。本群体(内群体)和外群体之间在互动过程中存在的社会心理过程和机制的差异乃至冲突是医患关系危机产生的社会心理根源，其作用机制主要通过群际认知偏差、群体认同错位以及社会距离等群际关系因素及其发展机制来体现(柴民权，王骥，2016; Gries & Crowson, 2010)。群际认知偏差是指某一群体及其成员由于没有获得充足的信息而对另一群体及其成员在行为、态度、认知等方面进行主观的、不符合实际情况的评价倾向。这一认知偏差由两个要素构成：群体刻板印象偏差和元刻板印象偏差。群体认同是指个体意识到其属于特定群体以及作为该群体成员所带来的情感和价值意义的过程。人们根据群体认同确定其社会角色以及与其他群体的互动模式，而群体认同的混乱或错位则会导致个体无法确认其行为模式，影响其群际交往的心理过程和机制，也会对个体的心理产生系统性的消极影响，如引发个体焦虑、抑郁等情绪体验，破坏个体自我概念的完整性、降低个体自尊水平和安全感水平等。在社会转型和医疗体制改革的共同作用下，医方群体和患方群体各自极易发生对其群体属性的群体认同混乱乃至冲突，进而导致医患双方群体认同之间的错位。社会距离是指社会客体与个体自我差异的大小，反映了基于社会变量或社会网络的相似性或亲近度。社会距离是心理距离的重要构成维度，极有可能是群际信息影响医患和谐关系的最后环节。

尽管群际关系因素的重要性已在医患关系研究中得到了一定的关注，但迄今为止仍缺乏相应的实证研究来检测具体医疗情境中群际关系的作用，采取心理促进技术来改善患方对医方群体的消极刻板印象以及提高对医护人员群体认同的研究更是鲜见。为此，研究 2 主要探究群际关系因素对和谐医患关系的影响，拟解决以下问题：(1)医方群体和患方群体的群际关系因素(认知偏差、群体认同和社会距离)发展状况；(2)具体诊疗情境中各种群际关系因素对医患关系的影响机制；(3)通过实施改善群际关系因素的心理训练技术是否能够显著促进和谐医患关系。相应的研究假设为：

假设 1：医患双方对对方群体存在刻板印象和元刻板印象；

假设 2：相对于无刻板印象水平而言，消极刻板印象水平下的和谐医患关系程度更低；

假设 3：相对于社会认同水平高的情况而言，医患社会认同水平低时，不公平愤怒情绪更强烈；

假设 4：相对于社会距离小时，社会距离大的条件下，医患之间的群际信任水平更低、不公平愤怒情绪也更强烈；

假设 5：相对于群际认知无偏差时，群际认知有偏差时患者对诊疗结果满意度更低、对诊疗方案博弈更多、以及对诊疗方案服从性更低；

假设 6：相较于群际关系因素未矫正的状态而言，采用案例分析、行为促进以及临床促进等技术进行群际关系因素的矫正能够提升医患关系的和谐程度。

在实施方案上，拟以 6 个子研究作为支撑。子研究 1 以语义差异量表为工具，搜集医患群体印象形成的代表性实验材料，通过考察医患双方的群体身份、接触程度对群体刻板印象偏差的影响及神经活动模式来探究医患群际刻板印象对和谐医患关系的影响。子研究 2 结合应用外显和内隐测量技术，测量医患群体元刻板印象偏差对和谐医患关系的影响。子研究 3 拟基于对医患双方群体认同的调查及实验研究，探究医患群体认同对和谐医患关系的影响。子研究 4 基于对医患社会距离的调查探究社会距离对医患群际信任的影响机制。子研究 5 拟采用实验方法验证医患群际

关系因素对诊疗结果满意度、诊疗方案博弈、以及诊疗方案服从性的影响。子研究 6 拟基于案例分析、行为促进以及临床促进等途径探究基于医患群际关系因素矫正的和谐医患关系促进策略。

3.3 研究 3：医患信任对和谐医患关系建立的影响及促进技术研究

医患信任包含患方对医方的信任以及医方对患方的信任两个方面。就患方对于医方的信任而言，主要涉及对医生医德的信任和对医生医技的信任。针对医方对于患者的信任，已有的研究文献还较为鲜见。

医患信任的特征之一是其具体的医患互动情境性。因此，通过对构成医患互动背景的各类情境因素的考察来研究医患信任的发生机制，既能更全面了解医患信任的发生基础，也更符合医患信任在现实生活中的状态(Tomlinson & Mayer, 2009)。我们认为，情境因素包括医患互动开始前的稳定性情境因素与互动开始后的即时性情境因素，二者都对医患信任产生了重要影响。除此之外，在医患互动的过程中，医患双方都会根据互动关系目的与自身在互动关系中的地位使用不同的策略，情绪即是其中之一。通过对人际互动中情绪作用的系统研究，研究者发现他人情绪能够为个体提供信息(Pietroni, Van Kleef, De Dreu, & Pagliaro, 2008)，进而影响互动中个体的认知、判断和行为，这被称为情绪的人际效应。在此基础之上，Van Kleef (2014)建构了情绪-社会信息模型(Emotions As Social Information Model，简称 EASI 模型)。EASI 模型提出，情绪的人际效应是通过情感反应(affective reactions)和推断加工(inferential processes)两个过程来影响个体的认知与行为的，情感反应指他人情绪能够直接激发个体的情绪状态进而影响个体的信息加工，实质是情绪感染这一作用过程(emotion contagion)；推断加工是指他人情绪能够作为信息被个体加工，实质也是对于情绪信息的一种归因。在加工情绪信息时，情感反应与推断加工同时存在且相互影响(van Kleef, 2014)。

基于此，研究 3 探究医患信任对和谐医患关系建立的影响机制，主要内容包括：首先，探讨医患互动开始前稳定的情境因素对于医患信任形成的影响，以验证症状体验与就医体验在患者对医方建立信任过程中的基础性作用；其次，进一步考察医患互动开始后即时性情境因素对于医患信任建立和维护的影响，从医患双方的角度考察与医疗相关的情境因素和与结构相关的情境因素是如何经由归因变量而影响医患信任的建立；第三，基于前两个研究的成果，从情绪人际效应的角度提出系统性促进医患信任建立的干预策略。研究的假设为：

假设 1 ：患者的症状体验与初始性医患信任形成呈显著正相关；患者的就医环境体验与初始性医患信任关系形成呈显著正相关；

假设 2：相比症状体验较弱的患者，症状体验较强的患者会形成更高的信任水平；相比就医环境体验较差的患者，就医环境体验较好的患者会形成更高的信任水平。

假设 3：疾病严重程度与医患信任关系呈显著正相关。

假设 4：疾病类型、严重程度及互依关系类型对医患信任关系具有交互影响；

假设 5：互动他人的情绪与医患信任呈显著正相关，情境性质在其中起调节作用；

假设 6：应激源及互依关系类型对医患信任关系具有交互影响。

相应的实施方案拟以三个子研究作为支撑。子研究 1 中，通过三个系列实验，验证医患互动开始前患者的症状、就医体验对医患信任建立的影响；子研究 2 中，以四个系列实验验证患者的疾病类型、疾病严重程度、医患情境性归因风格等即时性情景因素对医患信任的影响。子研究 3 中，拟通过两个实验从各级医院、各个科室挑选医生及患者被试，验证互动他人的情绪对于医患信任关系的影响以及情境性质和被试的主观建构在其中的调节作用。

3.4 研究 4：医患沟通模式对和谐医患关系建立的影响及促进技术研究

从医患双方初次见面伊始，沟通模式便成为医患和谐关系建构的主要影响源(侯胜田，王海星，2014)。沟通模式可以包括信息互动模式与沟通交往模式两大因素，前者着重于沟通中的信息特征，包括医护人员和患者及家属之间的信息不对称，以及医患之间的个体印象形成等；后者着重于沟通本身的方法，如言语沟通技巧、归因方式和共情能力等等。

就沟通的信息特征而言，首先，大量研究已

然发现医患双方的信息不对称会严重影响医患和谐关系，但对于影响过程的解释仍莫衷一是。有研究者提出，在建立医患和谐关系的过程中，医生具有主动权，应当主动释疑以提升彼此信任，但是并未对这个观点进行实证检验(徐渊洪，朱亮真, 2004)。与此相反，也有研究表明，医患双方均认为病情解释能够有效减少信息的不对称性(王献蜜 等, 2014)。其次，个体印象也是医患沟通中重要的信息特征来源。相较于群体印象形成，在医患的具体互动过程中，人们更为关注特定个体的印象形成(陈淑娟，王沛，梁雅君，2014)。研究发现患者能够通过医护人员的外貌、体型、穿着等外部信息形成关于医护人员能力与可信度的个体印象(Bleich, Gudzune, Bennett, Jarlenski, & Cooper, 2013)。另一方面，对于医护人员来说，患者具有的文化、体型、种族等具体个体印象形成的信息也会影响到医护人员对其是否抱怨、坚持治疗、自我控制等与医疗过程相关的特征判断(Kristeller & Hoerr, 1997)。由此可见，无论是医方对患方的个体印象，还是患方对医方的个体印象，无疑都会对接下来的医患沟通产生重要影响。

就沟通的方式而言，医疗信息以外医患之间的言语与非言语信息已被证明会对医患和谐关系产生重要影响。如有研究者从工作经验角度出发，认为医护人员对病患的言语中需要包含安慰性言语，并且通过调查证明接近半数的患者有这样的需求；在非言语沟通方面，研究者同样认为语气、语态等诸多因素会通过尊重、理解病患的方式提升医患沟通的效果，增进医患信任(王献蜜 等, 2014)。

如上所述，代表信息特征的信息互动模式以及代表沟通方法的沟通交往模式都已被证明会对医患和谐关系产生影响，但是当前的研究基本上是以基于工作经验或理论探索的方式，抑或是使用简单的调查问卷进行小规模的调查(王献蜜 等, 2014)，缺乏实证研究、特别是临床促进研究的检验；对沟通模式各部分的细化与整合也有所欠缺。这些对于医患和谐关系的实际建构过程缺乏有效的指导性。

与此同时，大量关注医患沟通的研究并未关注沟通模式影响和谐医患关系形成的机制，没有充分关注归因方式在其中发挥的作用。归因方式是一种改变关系和谐水平的个体的内在过程(姚琦，乐国安，赖凯声，张涔，薛婷，2012)。在医疗过程中，医患双方的交往体验会经由浅层归因(即对对方能力、特质等因素的认知)以及深层归因(即对内外源、稳定性、可控性上的认知)后形成对对方最终的评价(Tomlinson & Mryer, 2009)，归因在具体的人际交往信息形成关系模式的过程中起到重要作用。

此外，共情能力与积极的沟通方式密切相关。共情是对人们的社会交往而言至关重要的一种能力，其本质也是对于情绪信息的一种归因。有研究者发现，当个体对其他专业群体的能力存在积极感知和期待时，可以迅速地对来自该专业群体的成员产生信任并建立积极的沟通方式(Williams, 2001)。可见，即使对医学这样的专业知识不了解，若患方具有较高的共情能力，也能对不熟悉的医方形成信任。已有研究发现，在医患和谐沟通模式的建构过程中，患方的认知及情绪共情会影响患者对于医护人员的信任(马志强，孙颖，朱永跃，2013)。

为此，我们认为，医患双方沟通模式中的信息获得和方法使用决定了医患和谐关系的建立和维持。该过程贯穿于整个医患互动过程，是医患关系动态变化的根源。为此，研究 4 分别从信息特征和沟通方法两个角度，探究医患双方个体印象形成和归因方式对和谐医患沟通模式建立及维持的影响；同时，从社会认知的角度，在解析以上影响机制的基础上，提出具有实证依据的信任提升干预方案，制定医护人员在个人印象管理、沟通手段、归因模式方面的训练策略以及针对患者的宣传引导建议。研究假设为：

假设 1：医患双方个人印象形成效价与随后的医患沟通和谐程度呈显著正相关；

假设 2：医患沟通模式对医患互动的即时性信任及他方反馈有显著的预测效应；

假设 3：医患双方的归因模式对医患关系的变化具有显著的预测效应；

假设 4：医患双方的共情能力及个体印象形成对医患关系的变化有显著预测效应，并受到个体印象形成变量的中介影响；

假设 5：医患沟通模式的干预技术能够显著提升医患关系和谐度。

研究的实施方案拟由五个子研究作为支撑。具体地，子研究 1 中，首先通过构建回归方程检

验不同因素在医患相互信任的个体印象形成中的作用, 随后结合行为实验和 ERPs 技术检测医患双方个体印象形成的认知及脑加工机制。子研究 2 中, 首先基于医患沟通模式一般倾向的调查构建阶梯性虚拟实验情境, 并检验沟通模式影响医患即时信任的特征; 随后, 结合行为实验和 ERPs 技术验证医患不同沟通方式传递的信息加工特征(顺序及重要性)及其神经机制。子研究 3 基于医患双方归因模式一般倾向的调查, 开展浅层归因向深层归因转化的模式以及医患沟通模式影响医患个体印象形成的实验验证, 并探究浅层归因与深层归因的影响次序。子研究 4 将基于医患双方共情模式的调查, 探讨医患共情能力及医患沟通模式对医患印象形成及医患信任的影响。基于以上四个子研究的结果, 子研究 5 拟综合案例分析、行为促进和临床促进的技术探究积极医患沟通的促进策略。

4　理论建构

综上所述, 我们认为, 医患关系中的主体具有多元化的特点: 除了“医方”与“患方”个体之外, 还拓展至双方群体以及医疗制度。基于国内外相关文献的梳理, 本课题提出和谐医患心理机制综合模型(如图 1), 旨在整合医患和谐关系的结构表征与动态建构过程。主要内容为: 就医患和谐关系的结构而言, 可以医疗满意度、医患信任以及医疗方案服从性等作为基本的心理或行为观测指标。就医患和谐关系的动态建构过程而言, 包括就医前零接触的医患关系(指群际医患关系)和医患互动过程中的人际医患关系两大递进性成分; 二者相互作用, 最终形成阶段性的较为稳定的医患关系。其中, 群际关系的影响因素具体包括医讯舆情传播方式与医疗制度信任模式(由群际认知偏差、群体认同、社会距离等群际关系因素共

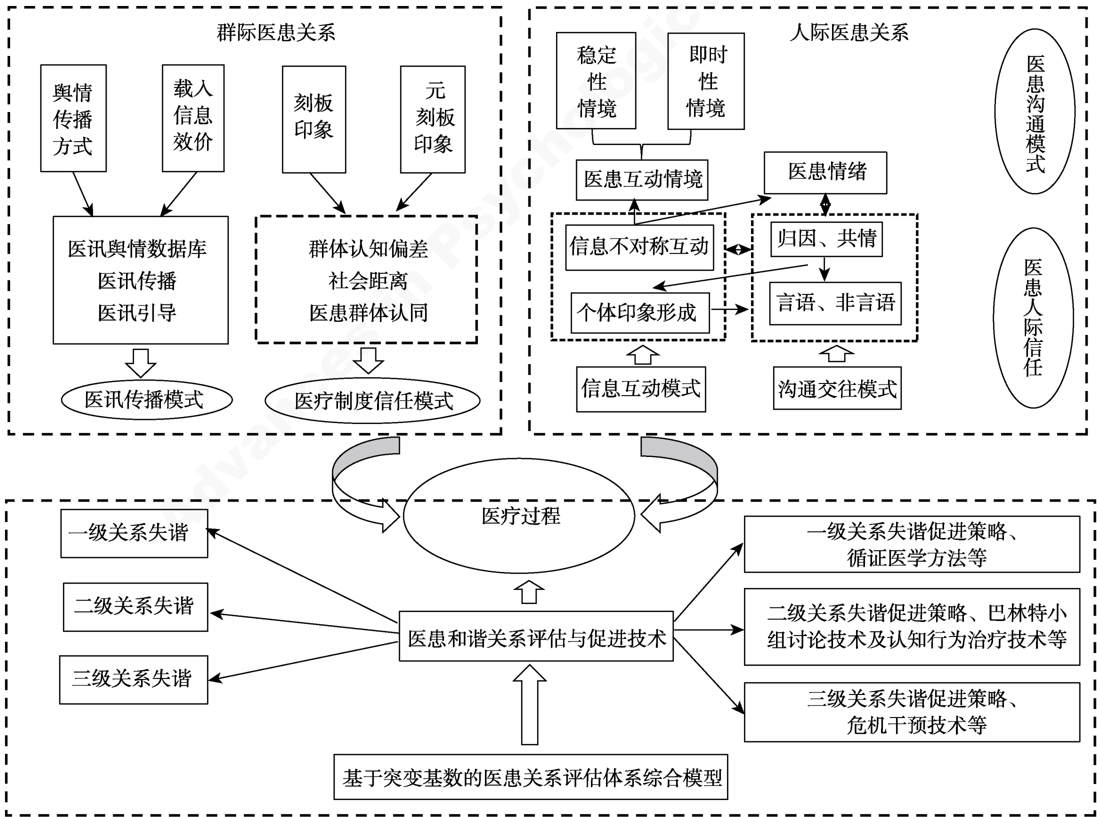


图 1　和谐医患关系心理机制综合模型

同塑造而成)，二者交互作用形成动态变化的群际医患关系。医患人际关系的影响因素包括医患人际信任水平与医患沟通模式(涉及信息互动模式与沟通交往模式)：信息互动模式体现着沟通中的信息特征，沟通交往模式则体现着沟通的方法及能力，如言语/非言语沟通技巧、归因方式、共情能力等。

具体地，如上理论框架主要包含四个主要观点：

首先，我们认为，和谐医患关系是随着社会心态的变化不断调整的一种社会关系。医患社会心态是医方或患方做出归因、判断和行为决策的重要影响变量(柴民权，王骥，2016)，是构建和谐医患关系所需首要解决的问题；而和谐社会心态主要可依托医疗舆情传播的积极导向和医疗制度信任的建立加以共同塑造。一方面，在舆情传播的引导作用下，医患之间各自的利益诉求相互感染，媒体"亲弱势群体"的道德价值取向在一定程度上也在影响着和谐医患关系的形成。另一方面，医疗制度信任是和谐医患关系的基本保障。通过对符合制度规定的行为的认可与鼓励，以及对违反制度规定的行为的惩戒，可以将人们的行为控制在一定范围内，从而大大减少社会的不确定性和风险，促使人们形成稳定和谐的人际关系。

其次，医患关系是医护人员和患者在医疗活动中所构建的一种特殊的群际关系。在此基础上，我们认为，群际互动的社会心理机制差异是导致医患关系危机产生的根源；这类根源具体通过群际认知偏差、群体认同错位以及社会距离疏远等机制得以表现(Gries & Crowson, 2010)。在此其中，群际认知偏差主要可由群体刻板印象偏差和元刻板印象偏差构成。对于医患群体双方而言，在医患冲突的社会氛围下，患者可能容易形成"医生没有职业道德、见死不救、收受红包、见钱眼开"等消极的刻板印象，而医务工作者则可能会形成"患者蛮不讲理、无知、不理性"等消极刻板印象。医患双方因群体身份及其表征、群体之间的接触程度而产生不同的刻板印象偏差，进而影响医患群际信任关系形成。因此，可从外在行为模式、内在行为模式与神经活动模式三个层面探讨医患群体刻板印象的形成机制及其内在发展规律。与刻板印象相比，元刻板印象会对群际关系产生更深刻、更持久的影响。个体知觉到自己被外群体消极看待，可能会形成拒绝敏感性，造成他们产生更多的交往排斥预期，在群际接触中表现为易于感知和过度反应。元刻板印象的性质取决于两个群体之间以往的关系，如果两个群体之间存在长期的竞争、或历史上有过冲突，那么元刻板印象主要是消极的。由此推测，当医生感到自己在被患者评价时，他们认为患者会根据刻板印象来看待自身；如果医生意识到自己的群体被污名化后，会更加关注外群体如何看待他们，并认为自身行为被外群体成员用消极的刻板印象加以解释，进而增强不信任感。

与此同时，在社会转型和医疗体制改革的共同作用下，医患双方也极易发生对彼此的行为模式存在错误期待，会导致医疗过程难以顺利进行、使得医患关系失谐。此外，群际之间的社会距离也是影响群际关系的关键因素。对于医患关系而言，医方与患方之间的社会距离越近，互动则越频繁、彼此产生的心理收益越大，群际关系也会随之越和谐。因此，可从群际关系动态构建的角度，在理论上解析医患群际关系因素对于医患关系的影响状况，并探讨群际关系因素的具体影响路径，进而形成通过矫正医患群际关系因素而提高医患关系和谐程度的促进策略。

医患信任是衡量医患关系的一个重要尺度。医患信任是指医患双方在人际互动中一方对他方的行为或意向做积极预期而且愿意承受相应的风险，从而表现为医方(患方)对患(医方)的信任。医患信任关系的建立起始于良好的人际认知。这一认知模式的建立主要受到个体印象和医疗情境因素的影响。在医患关系中，患方与主治医护人员的首次见面(即具体的医疗过程的开端)以及医护人员与患方的首次见面即存在一种特殊情境下的个体印象形成。患方能够通过医护人员的体型、穿着等外部信息形成关于医护人员能力与可信度的印象，进而对医患人际信任产生影响。患方具有的文化、体型、种族等具体信息在个体印象形成的环节也会影响到医护人员对患方可信度的感知产生影响。为此，本课题旨在考察医患双方不同类型的信息对个体印象形成和医患信任关系建立的影响，在此基础上分别探讨稳定性情境因素与即时性情境因素对医患信任关系的影响及其促进策略。与此同时，在社会转型和医疗体制改革的共同作用下，医方群体和患方群体各自极易发

生对其群体属性的群体认同错位乃至冲突。在医患互动过程中，如果医务工作者和患者各自的群体认同是一一对应的，那么医患间就容易建立和谐医患关系。然而，在一些情境下，医患群体之间的群体角色认同并不一致，而是存在群体认同的错位。医患之间对彼此的行为模式存在错误期待，导致医疗过程难以进行，医患关系面临失谐危机。社会距离可能是群际信息影响医患和谐关系的最后环节。我们认为，医方与患方之间的社会距离越近，关系越密切，存在较为频繁的互动，产生的心理收益越大，也越影响医患群体的社会声誉。这一连锁反应都会涉及到医患群际关系的稳定性。据此，本研究拟从群际关系动态构建的角度，在理论上解析医患群际关系因素对于医患和谐关系的影响状况，逐步探讨在和谐医患关系形成起着重要作用的群际关系因素的影响路径，形成通过矫正医患群际关系因素提高医患关系和谐程度的促进策略。

再次，医患和谐关系同时也是在具体的医护人员与病患之间的人际互动中逐步形成的。在这个过程中，基于个体与个体之间的人际互动所形成的人际信任关系占据着主要地位。我们认为，医患信任关系的建立和维系受到医患互动过程中情境因素的影响。相关情境因素主要包括医患互动开始前的稳定性情境因素与互动开始后的即时性情境因素，此二者都经由医患之间对彼此的良好认知而对医患信任产生重要影响。其中，医患互动开始前的稳定性情境因素具体是指患者在就医开始前即已存在的症状、就医环境等因素；医患互动开始后的即时性医患情境是指医患互动发生时的具体情境设定。基于对以往研究的总结，可以将其划分为与医疗直接相关的情境因素和与互动结构相关的情境因素两部分：前者包括疾病及其严重程度与应激源，后者包括信任形成中关键的风险信息(郝文君, 2013; Summers & Winberg, 2006; Tyler & Pugh, 2009)。为此，可通过对构成医患互动背景的各类情境因素的考察来研究医患信任的发生机制，进而探索建立医患人际信任关系的具体路径、方法与评价体系。

最后，我们认为，对于互动性的医患关系而言，医患沟通也是影响和谐医患关系建立和持续发展的重要因素。有效的医患沟通主要受到信息互动模式与沟通交往模式两大因素的影响，前者着重于沟通中的信息特征，涉及医护人员和患者及家属之间的信息对称性以及医患之间的个体印象形成等；后者着重于沟通本身的方法，如言语沟通技巧、归因方式和共情能力等(王献蜜 等, 2014; Éthier-Majcher et al., 2013; Kinzler et al., 2011; Spruill, et al., 2007; Todorov & Duchaine, 2008)。在医患沟通过程中，医患双方的交往体验会经浅层归因(即对对方能力、特质等因素的认知)以及深层归因(即对内外源、稳定性、可控性上的认知)后形成对对方最终的评价。由此可见，归因在具体的人际交往信息形成关系模式的过程中起到重要作用。此外，共情能力对于积极的沟通方式也有重要影响。综上所述，我们认为，医患双方的沟通模式中信息获得和方法使用在很大程度上决定了医患和谐关系的建立和维持。该过程贯穿于整个医患互动过程，是医患关系动态变化的根源。为此，我们将分别从信息特征和沟通方法两个角度对和谐医患沟通的建立进行解释，进而深入探讨医患双方个体印象形成和归因方式对和谐医患沟通模式建立及维持的影响。从社会认知的角度，在解析以上社会认知因素对医患沟通的影响的基础上，提出具有实证根据的信任提升促进方案，制定医护人员在个人印象管理、沟通手段、归因模式方面的教育及训练策略以及针对病患的宣传引导策略建议。

本研究中理论建构的最终目标在于构建和开发具有监测、评估和提升功能的医患和谐关系系统。在理论构想的检验过程中，本研究拟将复杂系统突变理论引入医患关系综合评价系统构建中，结合医患关系中的医患群际信任指标、医患社会心态指标、医患沟通指标，建构多维度多水平的医患关系评价指标体系，进而应用突变理论中模糊集的突变级数方法对医患关系综合评价体系进行预测力分析，通过数学模型的推演，甄选核心有效的医患关系预测指标，建立具有逐级评估与提升能效的理论体系。最后，设计与实施网络化医患关系评价系统，并根据综合理论模型以及预警系统实施与检验相应的促进策略，提升医患关系的和谐水平。

参考文献

柴民权, 王骥. (2016). 医患信任危机发生机制探察——基于群际关系的视角. *南京师大学报(社会科学版)*, (2),

117–122.
陈淑娟, 王沛, 梁雅君. (2014). 群体印象形成与个体印象形成: 反基准比率效应. *心理学报*, *46*(11), 1772–1781.
韩立坤, 张天资. (2014). 循证医学理念在临床医学研究生教育中的应用. *内蒙古师范大学学报(教育科学版)*, *27*(3), 144–146.
杭荣华, 程灶火, 盛鑫, 陈筠, 娄婧璇. (2017). 巴林特小组模式对医学生共情与人际信任的影响. *中国临床心理学杂志*, *25*(4), 783–788.
郝文君. (2013). 医患信任的实质及其与医学专业精神的关系. *医学与哲学(人文社会医学版)*, *34*(11A), 34–37.
侯胜田, 王海星. (2014). 我国公立医院医患沟通现状调查. *医学与社会*, *27*(9), 52–54.
黄荣贵, 桂勇, 冯博雅. (2014). *当代中国医生心态研究*. 上海: 上海社会科学院出版社.
贾晓莉, 周洪柱, 赵越, 郑莉丽, 魏琪, 郑雪倩. (2014). 2003 年-2012 年全国医院场所暴力伤医情况调查研究. *中国医院*, *18*(3), 1–3.
李德玲, 卢景国. (2012). 我国医患信任关系研究述评. *中国医学伦理学*, *25*(1), 104–106.
李德玲, 吴燕琳. (2012). 信任源理论对构建医患关系信任机制的启示. *医学与社会*, *25*(8), 17–19.
李伟民. (2005). 红包、信任与制度. *中山大学学报(社会科学版)*, *45*(5), 110–116.
刘斯漫, 卢佳琪 卢莉. (2015). 正念训练对某校医学生主观幸福感和心理幸福感的影响. *中国学校卫生*, *36*(8), 1195–1198.
刘威, 郭永瑾, 鲍勇. (2010). 患者信任: 概念、维度及属性. *中国医学伦理学*, *23*(1), 25–27.
吕小康, 朱振达. (2016). 医患社会心态建设的社会心理学视角. *南京师大学报(社会科学版)*, (2), 110–116.
马志强, 孙颖, 朱永跃. (2013). 基于信任修复归因模型的医患信任修复研究. *医学与哲学(人文社会医学版)*, *33*(11A), 42–44.
王富珍. (2009). 目的性健康教育干预法在构建和谐医患关系中的应用研究. *护理研究*, *23*(6), 531–532.
王国华, 方付建. (2010).我国舆情信息工作体系建设: 现状、困境、走向. *图书情报工作*, *54*(6), 36–39.
王俊秀, 杨宜音. (2013). *中国社会心态研究报告(2012–2013)*. 北京: 社会科学文献出版社.
王沛, 贺雯. (2015). *社会认知心理学*. 北京: 北京师范大学出版社.
王沛, 林崇德. (2005). 社会认知的理论模型综述. *心理科学*, *25*(1), 73–75.
王绍光, 刘欣. (2002). 信任的基础: 一种理性的解释. *社会学研究*, (3), 23–39.
王献蜜, 薛蒙, 邱霏, 杨璐. (2014). 医患沟通现状及医务社会工作介入空间. *医学与哲学(人文社会医学版)*, *35*(12), 54–58.
汪新建, 王丛. (2016). 医患信任关系的特征、现状与研究展望. *南京师大学报(社会科学版)*, *2*, 102–109.
吴修玲, 刘宁生. (2013). 信息不对称下医患言语交际原则的探讨. *赣南医学院学报*, *33*(5), 662–664.
徐渊洪, 朱亮真. (2004). 信息不对称下医患信任的重构. *中华医院管理杂志*, *20*(3), 167–169.
杨连忠, 王晓敏, 张蔚星. (2011). 某三甲医院 107 例医疗纠纷分析. *中国医院管理*, *31*(8), 76–77.
姚琦, 乐国安, 赖凯声, 张涔, 薛婷. (2012). 信任修复: 研究现状及挑战. *心理科学进展*, *20*(6), 902–909.
叶弘, 尹红, 蔡博婧. (2009). 护士角色认知状况调查及影响因素分析. *护理学杂志*, *24*(11), 14–16.
瞿晓萍, 叶旭春. (2012). 不同群体对医生、护士、患者角色认知的刻板印象. *解放军护理杂志*, *29*(13), 1–4.
郑大喜. (2005). 信息经济学视角下的医患信任关系重构. *医学与哲学*, *26*(7), 44–45.
Bandini, S., Manzoni, S., & Vizzari.G. (2009). Agent based modeling and simulation: An informatics perspective. *Journal of Artificial Societies and Social Simulation*, *12*(4), A51–A66.
Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D.R., & Mitnik, R. (2012). “Balint Group” meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *Journal of Cancer Education*, *27*(4), 786–789.
Bleich, S. N., Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Jarlenski, M. P., & Cooper, L. A. (2013). How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Preventive Medicine*, *57*(2), 120–124.
Cho, J. H., Swami, A., & Chen, I. R. (2010). A survey on trust management for mobile Ad Hoc Networks. *IEEE Communications Surveys & Tutorials*, *13*(4), 562–583.
Claramita, M., Nugraheni, M. D. F., van Dalen, J., & van der Vleuten, C. (2013). Doctor-patient communication in Southeast Asia: A different culture? *Advances in Health Sciences Education*, *18*(1), 15–31.
Earle, T. C. (2010). Trust in risk management: A model-based review of empirical research. *Risk Analysis*, *30*(4), 541–574.
Éthier-Majcher, C., Joubert, S., & Gosselin, F. (2013). Reverse correlating trustworthy faces in young and older adults. *Frontiers in Psychology*, *4*, 592–599.
Gibbons, J., & Plath, D. (2009). Single contacts with hospital social workers: The clients' experiences. *Social Work in Health Care*, *48*(8), 721–735.
Gries, P. H., & Crowson, H. M. (2010). Political orientation, party affiliation and American attitudes towards China. *Journal of Chinese Political Science*, *15*(3), 219–244.
Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology:*

Science and Practice, 10(2), 144–156.

Kinzler, K. D., Corriveau, K. H., & Harris, P. L. (2011). Children's selective trust in native-accented speakers. *Developmental Science*, *14*(1), 106–111.

Kristeller, J. L., & Hoerr, R. A. (1997). Physician attitudes toward managing obesity: Differences among six specialty groups. *Preventive Medicine*, *26*(4), 542–549.

Levy, R. (1984). Emotion, knowing and culture. In R. Shweder, & R. Levine (Eds.), *Culture theory: Issues on mind, self and emotion* (pp.214–237). Cambridge: Cambridge University Press.

Moja, E. A., Vegni, E. (1998). Patient-centered medicine. *Annali Italiani Di Medicina Interna Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Medicina Interna, 13*(1), 56–64.

Nekovee, M., Moreno, Y., Bianconi, G., & Marsili, M. (2007). Theory of rumour spreading in complex social networks. *Physica A Statistical Mechanics & Its Application, 374*(1), 457–470.

Parsons, L. (1951). Present trends in the treatment of cancer of the cervix. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, 43*(1), 6–14.

Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, *15*(7), 509–513.

Pietroni, D., Van Kleef, G. A., De Dreu, C. K. W., & Pagliaro, S. (2008). Emotions as strategic information: Effects of other's emotional expressions on fixed-pie perception, demands, and integrative behavior in negotiation. *Journal of Experimental Social Psychology*, *44*(6), 1444–1454.

Raingruber, B., & Robinson, C. (2007). The effectiveness of Tai Chi, yoga, meditation, and Reiki healing sessions in promoting health and enhancing problem solving abilities of registered nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(10), 1141–1155.

Rubini, M., & Palmonari, A. (2012). Different and yet human: Categorization and the antecedents of intergroup trust. In I. Marková & A. Gillespie (Eds.), *Trust and conflict: Representation, culture and dialogue* (pp.73–82). London: Routledge.

Shaha R, & Ogden J. (2006). What is in a face? "The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients" judgements: An experimental study. *Patient Education and Counseling*, *60*(2), 136–141.

Spruill, T. M., Pickering, T. G., Schwartz, J. E., Mostofsky, E., Ogedegbe, G., Clemow, L., & Gerin, W. (2007). The impact of perceived hypertension status on anxiety and the white coat effect. *Annals of Behavioral Medicine*, *34*(1), 1–9.

Summers, C. H., & Winberg, S. (2006). Interactions between the neural regulation of stress and aggression. *Journal of Experimental Biology*, *209*(23), 4581–4589.

Todorov, A., & Duchaine, B. (2008). Reading trustworthiness in faces without recognizing faces. *Cognitive Neuropsychology*, *25*(3), 395–410.

Tomlinson, E. C., & Mayer, R. C. (2009). The role of causal attribution dimensions in trust repair. *Academy of Management Review*, *34*(1), 85–104.

Tyler, R., & Pugh, L. C. (2009). Application of the theory of unpleasant symptoms in bariatric surgery. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, *4*(4), 271–276.

Van Kleef, G. A. (2014). Understanding the positive and negative effects of emotional expressions in organizations: EASI does it. *Human Relations, 67*(9), 1145–1164.

White, L. O., Wu, J., Borelli, J. L., Rutherford, H. J. V., David, D. H., Kim-Cohen, J., Mayes, L. C., & Crowley, M. J. (2012). Attachment dismissal predicts frontal slow-wave ERPs during rejection by unfamiliar peers. *Emotion, 12*(4), 690–700.

Williams, M. (2001). In whom we trust: Group membership as an affective context for trust development. *Academy of Management Review*, *26*(3), 377–396.

Zucker, L. G. (1986). Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840–1920. *Research in Organizational Behavior*, *8*, 53–111.

Theory construction on the psychological mechanism of the harmonious doctor-patient relationship and its promoting technology

SUN Lianrong[1]; WANG Pei[2]

([1] *Tianhua College, Shanghai Normal University, Shanghai* 201815, *China*)

([2] *Department of Special Education, Faculty of Education, East China Normal University, Shanghai* 200062, *China*)

Abstract: Based on the related existing research on group psychology, this study presents a comprehensive psychological mechanism model of a harmonious doctor-patient relationship by integrating the structural characterization and dynamic construction process of a doctor-patient relationship. It advocates that, (1) the structure of a harmonious doctor-patient relationship could be regarded as the basic observation index of medical satisfaction, intergroup trust between doctors and patients, and compliance with medical programs, and (2) the dynamic construction process of a harmonious doctor-patient relationship could include the intergroup level doctor-patient relationship that existed before medical treatment and the instant interpersonal level doctor-patient relationship that forms during the process of doctor-patient interaction. These two progressive components interact and integrate into each other gradually. Among them, the construction of the intergroup level harmonious doctor-patient relationship is mainly influenced by the spread of the doctor-patient public opinion, trust in the medical system, and intergroup relationship factors such as intergroup cognitive biases and group identifications. Meanwhile, the interpersonal trust level and communication mode between the doctors and patients mainly influence the construction of an interpersonal level doctor-patient relationship. Based on such theoretical models and empirical research, the strategy of promoting a harmonious doctor-patient relationship is presented. This research has important theoretical significance and practical value in the development and promotion of a harmonious doctor-patient relationship.

Key words: harmonious doctor-patient relationship; intergroup level doctor-patient relationship; interpersonal level doctor-patient relationship; doctor-patient trust; doctor-patient communication